Приложение 1 к Политике

Согласие (отказ), отзыв согласия пациента (лиц, указанных в части второй статьи 18 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении») на (от) внесение(я) и обработку(и) персональных данных пациента и информации, составляющей врачебную тайну

 Я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Ф.И.О.), \_\_.\_\_\_.\_\_\_\_\_года рождения, идентификационный номер (при отсутствии - номер документа, удостоверяющего личность) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ («даю согласие», «отказываю», «отзываю согласие» – нужное подчеркнуть) учреждению здравоохранения «15-я городская поликлиника» (далее - Оператор), юридический и почтовый адрес: 220036, г. Минск, ул. Хмелевского, 39, на внесение и обработку моих нижеперечисленных персональных данных: Фамилия, имя, отчество, гражданство дата рождения, данные паспорта или иного документа, удостоверяющего личность, адрес регистрации по месту жительства, адрес фактического проживания, место работы, контактные данные (в том числе номер рабочего, домашнего и (или) мобильного телефона), пол, биометрические персональные данные (включая записи с камер видеонаблюдения, записи голоса), информация, составляющая врачебную тайну (факт обращения за медицинской помощью, анамнез, состояние здоровья, сведения о наличии заболеваний, о перенесенных заболеваниях и диагнозах, генетические персональные данные, метрические данные, профилактические прививки, диагнозы, оперативные вмешательства, лабораторные, лучевые, радиологические, функциональные исследования, немедикаментозное, физиотерапевтическое лечение, ЛФК и массаж, нетрадиционные методы лечения, лучевая терапия, диспансеризация, методы оказания медицинской помощи; риски, связанные с медицинским вмешательством; альтернативы предполагаемому медицинскому вмешательству, данные амбулаторной карты пациента, иная информация), данные страхового полиса, а также иных персональных данных и информации, составляющей врачебную тайну, при формировании электронной медицинской карты пациента, информационных систем, информационных ресурсов, баз (банков) данных, реестров (регистров) в здравоохранении.

**Цели обработки:**

 Внесение персональных данных пациентов, составляющих врачебную тайну, в централизованную информационную систему здравоохранения.

Обработка персональных данных пациентов, составляющих врачебную тайну, в централизованной информационной системе здравоохранения.

**Срок, на который дается согласие субъекта персональных данных:**

Согласие действует с даты его подписания в течении 5 лет, если не поступит в адрес учреждения отзыв согласия.

**Я ознакомлен(а) с тем, что я как субъект персональных данных вправе:**

в любое время без объяснения причин отозвать свое согласие посредством подачи заявления либо в форме, посредством которой получено согласие; получать информацию, касающуюся обработки персональных данных, содержащую наименование и место нахождения Оператора, подтверждение факта обработки персональных данных Оператором, персональные данные и источник их получения, правовые основания и цели обработки персональных данных, срок, на который дано согласие, иную информацию, предусмотренную законодательством, путем подачи заявления;
 требовать от Оператора внесения изменений в персональные данные в случае, если персональные данные являются неполными, устаревшими, или неточными, путем подачи заявления с приложением соответствующих документов и (или) их заверенных в установленном порядке копий, подтверждающих необходимость внесения изменений в персональные данные;

получать от Оператора информацию о предоставлении персональных данных третьим лицам один раз в календарный год бесплатно путем подачи заявления; требовать от Оператора бесплатного прекращения обработки персональных данных, включая их удаление, при отсутствии оснований для обработки персональных данных, предусмотренных законодательством, путем подачи заявления. Реализация вышеуказанных прав осуществляется путем подачи Оператору заявления в письменной форме или в виде электронного документа. Заявление должно содержать фамилию, собственное имя, отчество (если таковое имеется) субъекта персональных данных, адрес его места жительства (места пребывания), дату рождения субъекта персональных данных, идентификационный номер субъекта персональных данных, при отсутствии такого номера – номер документа, удостоверяющего личность субъекта персональных данных, в случаях, если эта информация указывалась при даче согласия Оператору или обработка персональных данных осуществляется без согласия субъекта персональных данных, изложение сути требований субъекта персональных данных, личную подпись или электронную цифровую подпись субъекта персональных данных. Ответ на заявление направляется субъекту персональных данных в форме, соответствующей форме подачи заявления, если в самом заявлении не указано иное. Субъект персональных данных вправе обжаловать действия (бездействие) и решения Оператора, нарушающие его права при обработке персональных данных в уполномоченный орган по защите прав субъектов персональных данных в порядке, установленном законодательством об обращениях граждан и юридических лиц. Принятое уполномоченным органом по защите прав субъектов персональных данных решение может быть обжаловано субъектом персональных данных в суд в порядке, установленном законодательством.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (дата) (подпись) (расшифровка подписи)